



**C A P M / A C M P**

**Canadian Academy of Psychosomatic Medicine  
Académie canadienne de médecine psychosomatique**

141 Laurier Avenue West, Suite 701, Ottawa, Ontario K1P 5J3

(613) 234-2815 • Fax / télécopieur (613) 234-9857 • E-mail / courriel : pechan@interchange.ubc.ca

## *Formulaire d'inscription*

**NOTE AUX CANDIDATES ET CANDIDATS :** Pour que votre inscription soit acceptée, vous devez fournir les documents suivants :

1. La description de vos activités actuelles de consultation – liaison en médecine psychiatrique / psychosomatique
2. La déclaration ci-dessous signée attestant que vous acceptez de recevoir une facture au montant de 75,00 \$ CAN (cocher l'une des cases suivantes)

- ☐ **MEMBRE À PART ENTIÈRE.** Psychiatre qui se consacre entièrement à la consultation – liaison psychiatrique, à la médecine psychiatrique et / ou à la médecine psychosomatique.
- ☐ **MEMBRE ASSOCIÉ.** Personne possédant un diplôme d'études supérieures dans un domaine connexe et qui se consacre entièrement à la consultation – liaison psychiatrique, à la médecine psychiatrique et / ou à la médecine psychosomatique.
- ☐ **MÉDECIN BOURSIER / RÉSIDENT / INTERNE / ÉTUDIANT(E) (gratuit)**

*S.V.P. dactylographier ou écrire en lettres moulées.*

### **DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES**

**NOM COMPLET DU CANDIDAT  
OU DE LA CANDIDATE**

**Diplôme(s) d'études  
supérieures obtenu(s)**

Prénom

Initiale

Nom de famille

**Adresse de correspondance :**

**Date de naissance**

**Téléphone (domicile)**

**Téléphone (bureau)**

**Télécopieur (bureau)**

**Courriel**

### **EMPLOI(S) PROFESSIONNEL(S) ACTUEL(S)**

Titre	Établissement et ville	Dates

### **ATTESTATION(S) DE SPÉCIALISTE**

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, dans la spécialité suivante

☐ Psychiatrie ou

☐ Autre (préciser)

**PERMIS DE PRATIQUE :** Inscrive le(s) territoire(s) desservi(s) et le(s) numéro(s) de permis

Formulaire d'inscription : Académie canadienne de médecine psychosomatique

Avez-vous déjà fait l'objet d'une mesure disciplinaire d'un organisme de réglementation professionnelle fédéral, provincial ou local ?

☐ Oui (S'il vous plaît, fournir des explications)

☐ Non

**EMPLOI(S) PROFESSIONNEL(S) ANTÉRIEUR(S) :**

Emplois ayant suivi les études universitaires, par ordre chronologique. Des renseignements additionnels peuvent être fournis par le biais de votre curriculum vitae.

Établissement et endroit	Affectation ou poste	Dates

**FORMATION :** Des renseignements additionnels peuvent être fournis par le biais de votre curriculum vitae.

Établissement et endroit	Année de graduation	Diplôme obtenu
École de médecine		
Internat		
Résidence		
Bourse de recherche		
Autre formation aux études supérieures		
Formation postdoctorale		

**Court résumé de votre expérience de travail de consultation / liaison ou en médecine psychosomatique :**

---

---

---

---

---

**SIGNATURE DU CANDIDAT OU DE LA CANDIDATE**

1. Je comprends que, afin d'évaluer ma demande d'inscription, l'Académie procédera à une analyse de mes titres de compétence. J'accepte de collaborer à une telle analyse et j'autorise qui de droit à fournir des renseignements concernant mes titres de compétence. À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai fournis dans cette demande sont véridiques et complets.
2. Je ne joins aucun paiement des frais d'inscription à ce formulaire, mais j'accepte que l'Académie canadienne de médecine psychosomatique me retourne une facture à l'adresse de correspondance indiquée ci-dessus (par courrier postal ou par courriel).

\_\_\_\_\_  
Signature du candidat ou de la candidate

\_\_\_\_\_  
Date

Retourner tous les documents demandés à l'adresse ci-dessous :

Académie canadienne de médecine psychosomatique  
141 Laurier Avenue West, Suite 701  
Ottawa, ON K1P 5J3